PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DE L ENFANT

N . CHERIF

Introduction

La Douleur de l'enfant…………….

une réalité
un signal d alarme

DEFINITION

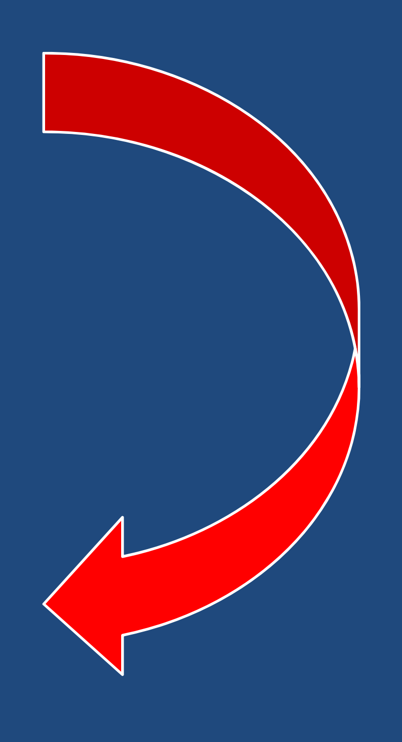
DOULEUR (IASP 1979)

« experience sensorielle et émotionnelle desagreable, associee a un dommage tissulaire present ou potentiel ou simplement decrit en termes d’un tel dommage »

ASPECT PLURIDIMENSIONNEL DE LA DOULEUR

Plusieurs composantes:

- Sensorielle
- Émotionnelle
- Cognitive
- Comportementale



APPROCHE DU PATIENT

somatique, psychologique, sociale, familiale



- Ces assertions sont fausses
  - Le nouveau né et le nourrisson ne ressentent pas la douleur
  - La douleur de l’enfant n’est pas quantifiable
  - Il n’y a pas de mémoire de la douleur
  - Les médicaments proposés étaient dangereux

- la douleur peut avoir des conséquences néfastes sur l’enfant
- La PEC de la douleur est une obligation ,morale éthique et légale

Physiologie de la douleur chez le NN: Particularités

- Eléments anatomiques, neurophysiologiques et hormonaux présents

- Sensibilité accrue à la douleur :
  - Fibres Aß superficielles
  - Immaturité des inter neurones inhibiteurs
  - Défaut de contrôle supra spinal

- Hyperproduction de NGF (*Nerve growth factor)*

- Capacité à transmettre, percevoir, répondre, mémoriser une stimulation nociceptive

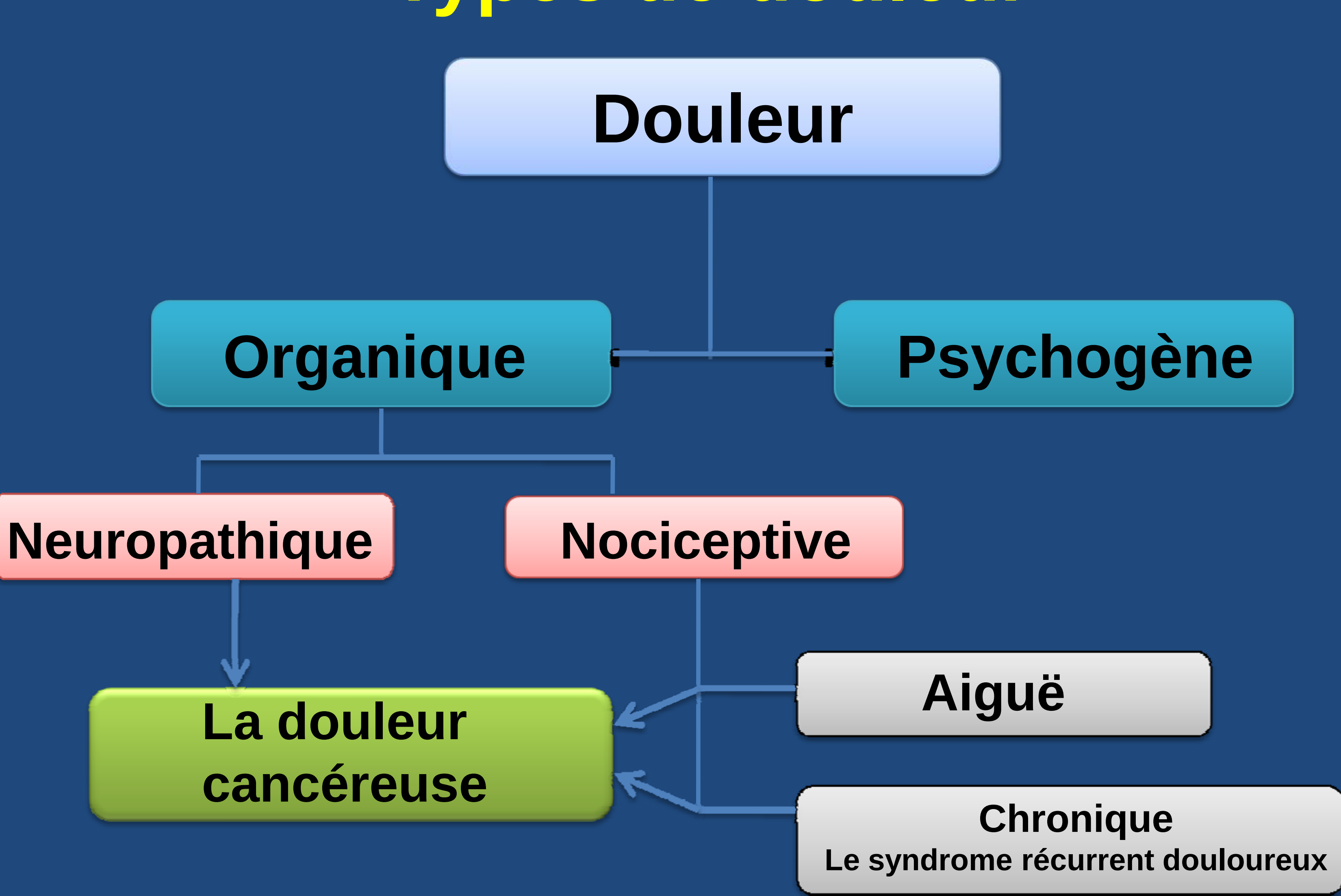
La Douleur doit être :

- Reconnue
- Ecoutée
- Evaluée
- Rattachée à sa cause
- Soulagée

DIAGNOSTIC DE LA DOULEUR

- Positif
  - Le rôle des parents (mère +++)
  - L 'examen clinique
    - Interrogatoire
    - Examen physique
      - Dans les bras de sa mère
      - Pendant le déshabillage
      - Sur la table d 'examen
      - L 'activité de jeux
- De retentissement
- Etiologique

Types de douleur



TYPE DE DOULEUR	NOCICEPTIVE+++	NEUROPATHIQUE
PHYSIOPATH	stimulation des nocicepteurs	lésions nerveuses centrales / périphérique
SEMIO	rythme mécanique ou inflammatoire	-composante continue (brûlure , étau) -dysesthésie - composante fulgurante (décharge électrique)
TOPOGRAPHIE	régionale irradiante, lancinante	compatible avec une origine neurologique
EX CLINIQUE	normal	troubles de la sensibilité
TRT	paliers oms + adjuvants	- peu sensible aux morphiniques - antidépresseurs - anti-cvs

Les mots de la douleur neuropathique



Prerequis a l evaluation

- Interprétation de la douleur en fonction du développement cognitif .**Stades cognitifs de Piaget**
- 0 2 ans. Reflexes
- 2 7 ans pensee pre operatoire
- 7 11 ans operations concretes
- > 11ans operations formelles

EVALUATION

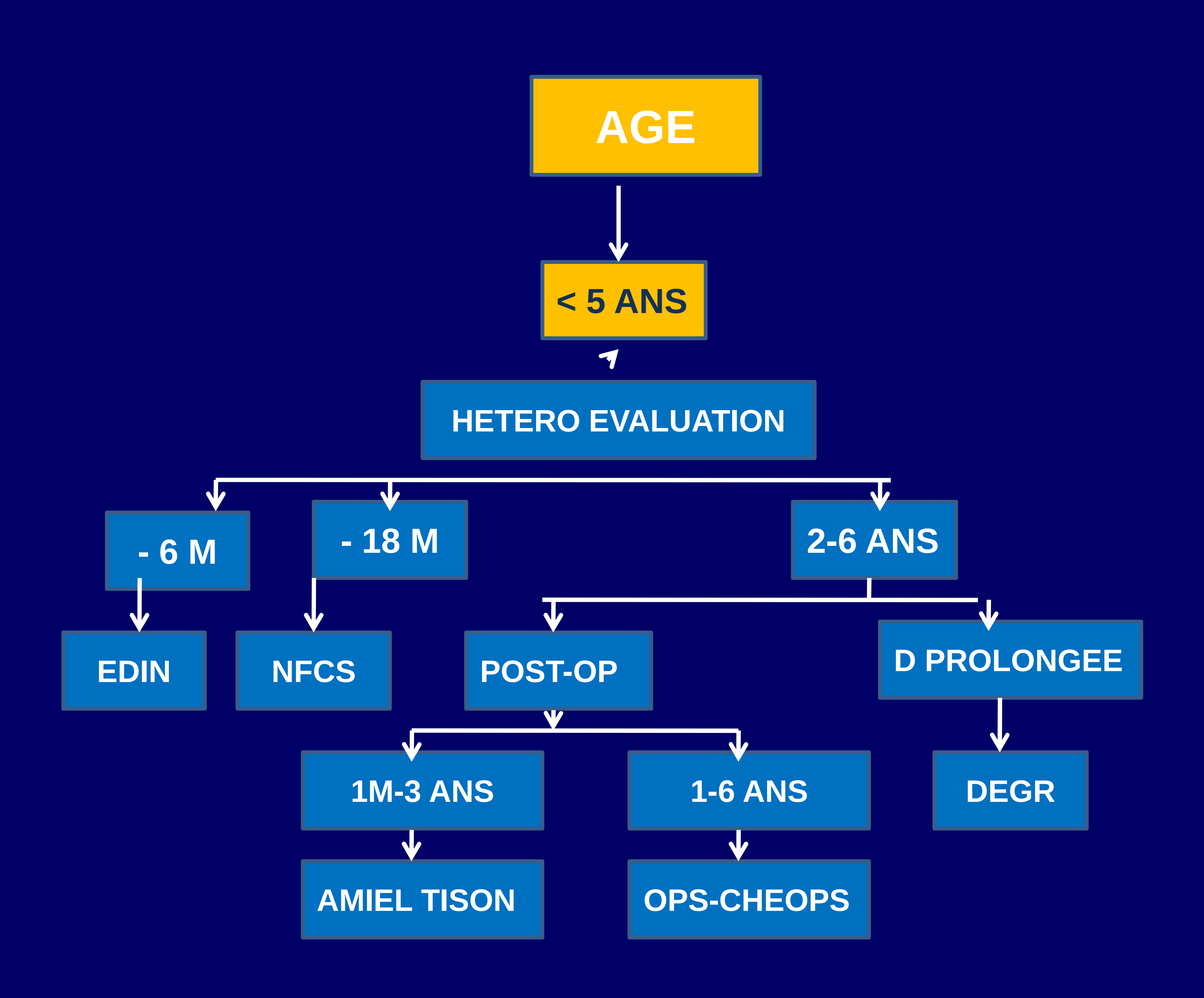
SELON L'AGE

< 5 ans
HETEROEVALUATION

>5ans
AUTOEVALUATION

METHODES COMPORTEMENTALES

METHODES SUBJECTIVES


AGE
< 5 ANS
HETERO EVALUATION
- 6 M
- 18 M
2-6 ANS
EDIN
NFCS
POST-OP
D PROLONGEE
1M-3 ANS
1-6 ANS
DEGR
AMIEL TISON
OPS-CHEOPS

Avant 6 ans: Hétéro-évaluation comportementale

- Pas de spécificité des signes émotionnels (cris, pleurs, agitation...)
- Nécessité d'utiliser des grilles validees incluant un ensemble de comportements (DEGR, EDIN).



ECHELLE DOULEUR ENFANTS GUSTAVE ROUSSY (DEGR)

- Est indiquée dans toutes les douleurs prolongées chez l'enfant de 2 à 6 ans.
- Comporte 10 Items de comportements et de plaintes côtés de 0 à 4 après une observation de 4 heures :

- position antalgique au repos
- La protection spontanée des zones douloureuses
- L'attitude antalgique dans le mouvement
- Le contrôle exercé par l'enfant quand ou le mobilise
- La réaction à l'examen des zones douloureuses
- Les plaintes somatiques
- La localisation des zones douloureuses par l'enfant
- L'atonie psychomotrice
- Le manque d'expressivité
- Le désintérêt pour le monde extérieur

ECHELLE E.D.I.N.

(Echelle de douleur et d ’inconfort du nouveau né)

	0	1	2	3
Visage	détendu	grimaces Passagères	grimaces fréquentes	Crispation permanente
Corps	Détendu	Agitation transitoire	A.fréquente	A. permanente
Sommeil	facile	difficile	agité	Pas de sommeil
Relation	Sourire	Appréhension passagère	Contact difficile	Refus du contact
Réconfort	n’a pas besoin	Se calme rapidement	Se calme difficilement	Inconsolable

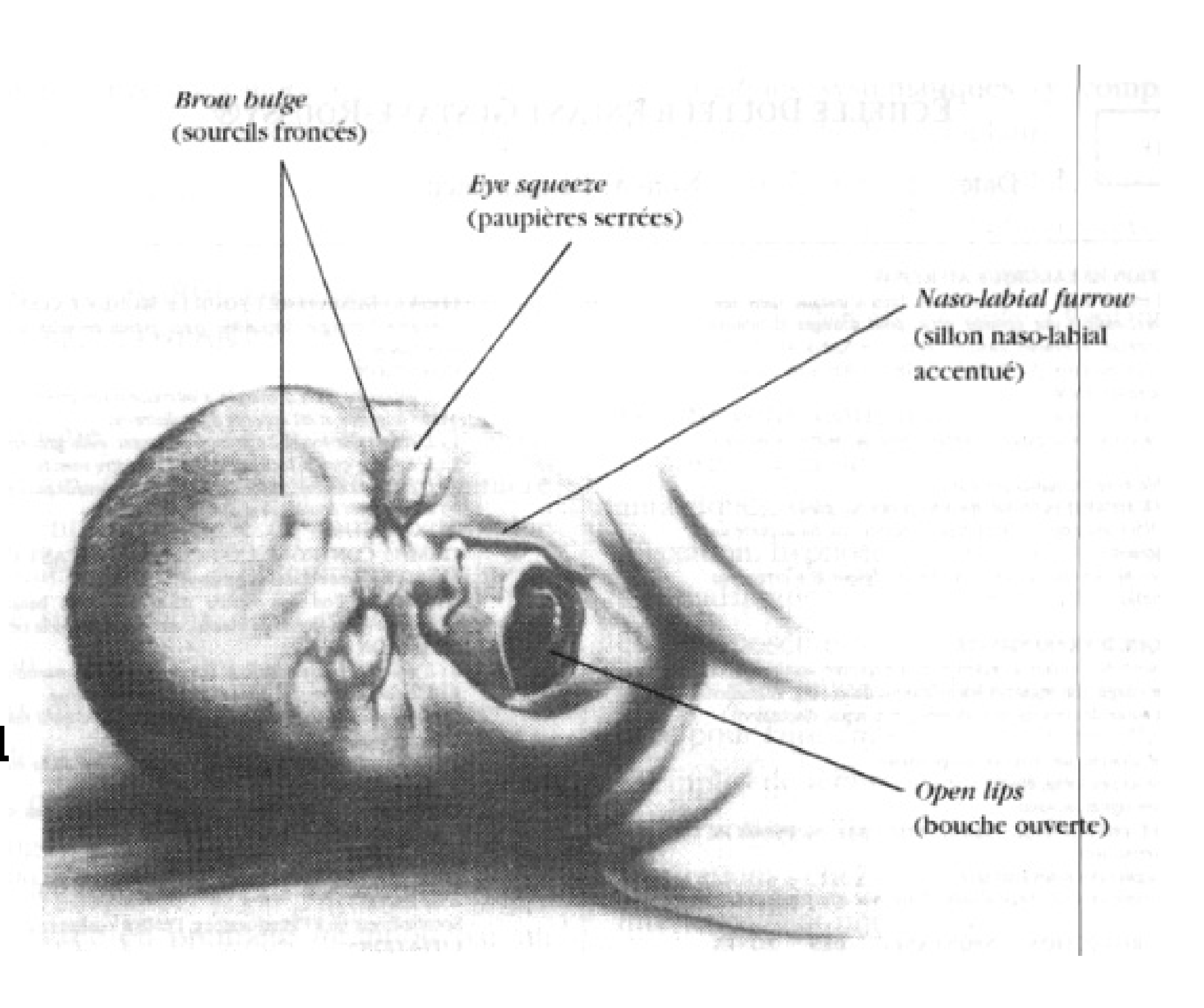
NFCS: Neonatal Facial Coding System

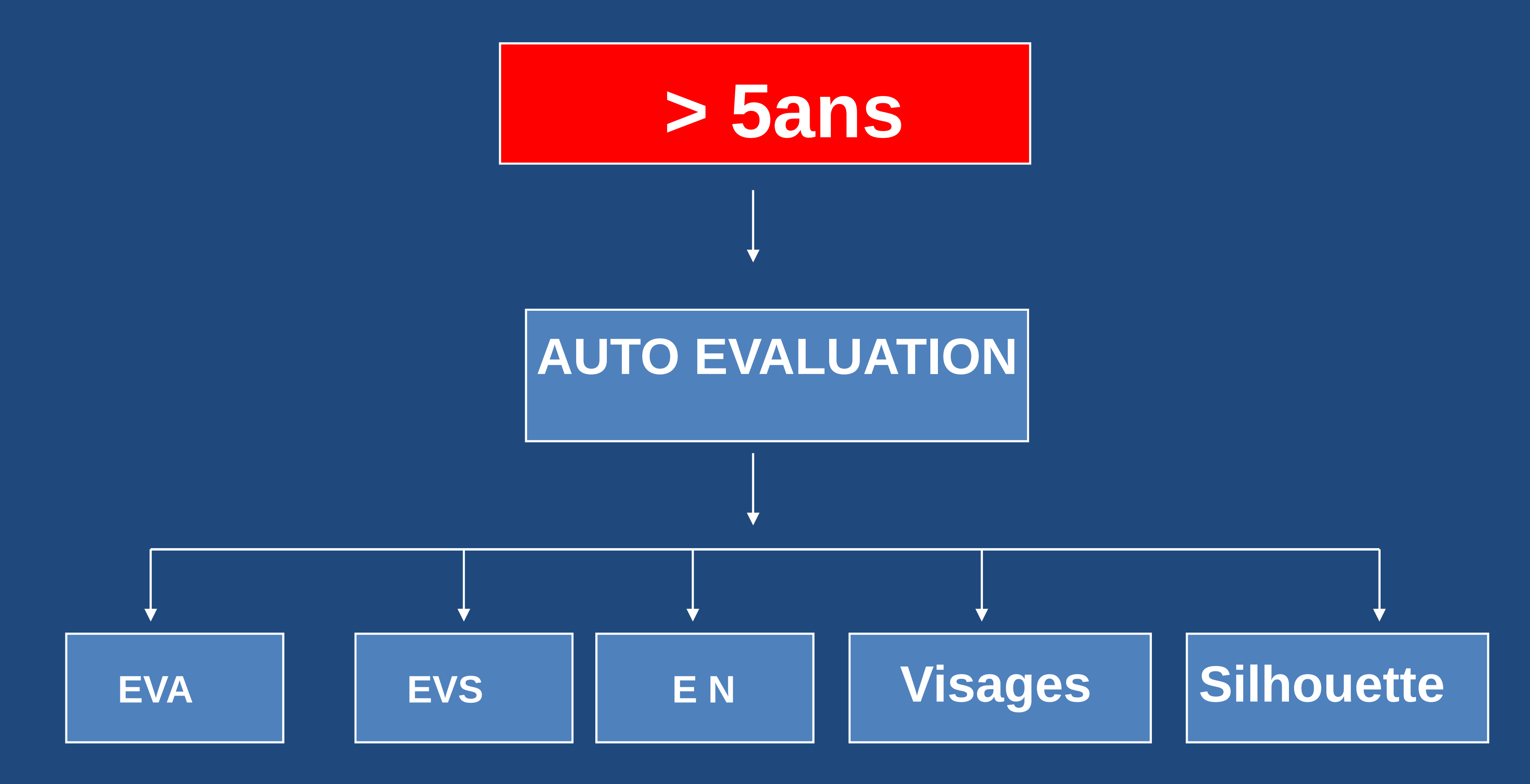
SOURCILS froncés
plissés; sillons entre les sourcils

PAUPIERES serrés
yeux fermés

SILLON NASO-LABIAL
accentué

BOUCHE ouverte
quelque soit le degré





> 5ans
AUTO EVALUATION
EVA
EVS
E N
Visages
Silhouette

ECHELLE VERBALE SIMPLE (EVS)

Il s'agit de demander verbalement au patient d'évaluer sa douleur :

Quel est le niveau de votre douleur ?

- 0 Pas de douleur
- 1 Faible
- 2 Modérée
- 3 Intense
- 4 Extrêmement intense

ECHELLE NUMERIQUE (EN)

Elle permet au patient de noter la douleur en sachant que:

Note **0** est égale à "pas de douleur"

Note **10** est égale à "la douleur maximale imaginable"

« Donner une note de 0 à 10 pour qualifier l'intensité de votre douleur. «

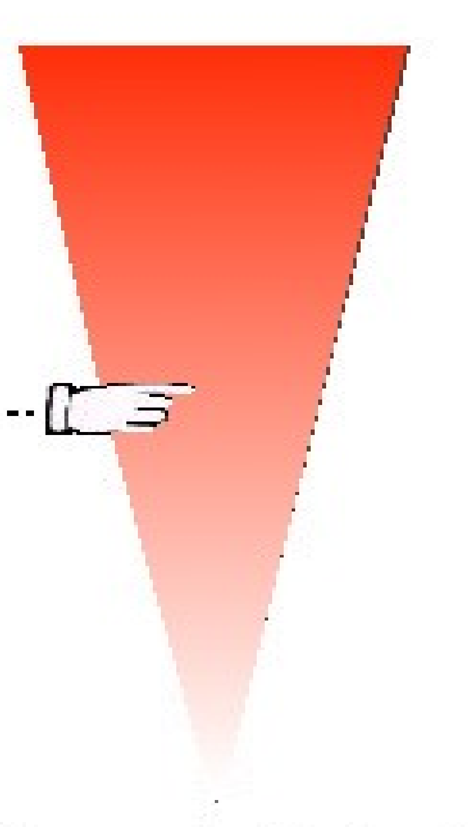
Echelle EVA

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

Echelle visuelle analogique adaptée à l'enfant de 6 à 10 ans

Présenter l'échelle verticalement et demander à l'enfant de placer le doigt "aussi haut que sa douleur est grande"

trés trés mal



Pas mal du tout

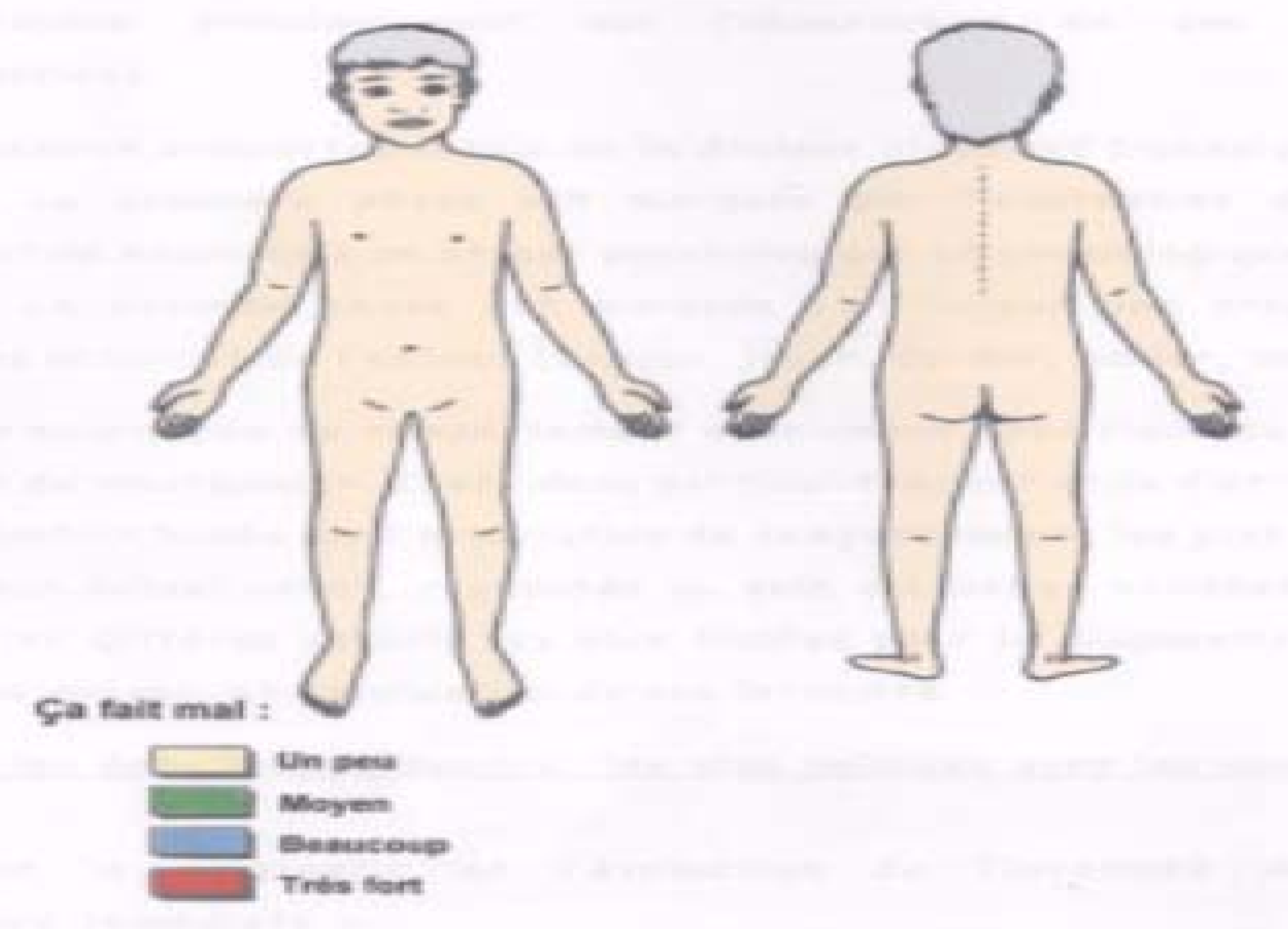


Figure E : Présentation de la localisation sur schéma.

Echelle des visages

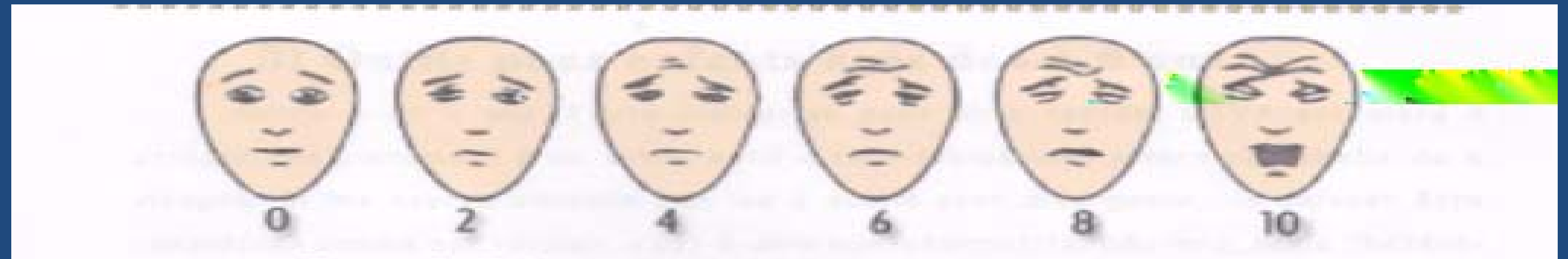


Figure C : Présentation de l'échelle de 6 visages : « FPS ».

La consigne est : « Montre-moi le visage qui a mal autant que toi. »

Poker Chip



Figure D : Présentation du « Poker Chip » : les jetons.

La consigne est : « Chaque jeton représente un morceau (ou une partie) de douleur : prends autant de jetons que tu as mal. »

Dessine où tu as mal

QUESTIONNAIRE DN4

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, veuillez répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par «oui» ou «non»

INTERROGATOIRE DU PATIENT

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	OUI	NON
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureux	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	OUI	NON
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissement	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

EXAMEN DU PATIENT

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire ou l'examen met en évidence ?

	OUI	NON
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqûre	☐	☐

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	OUI	NON
10. Le frottement	☐	☐

OUI = 1 point
NON = 0 point

Score du Patient : /10

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

OBJECTIFS

- Prise en charge de la douleur

↓

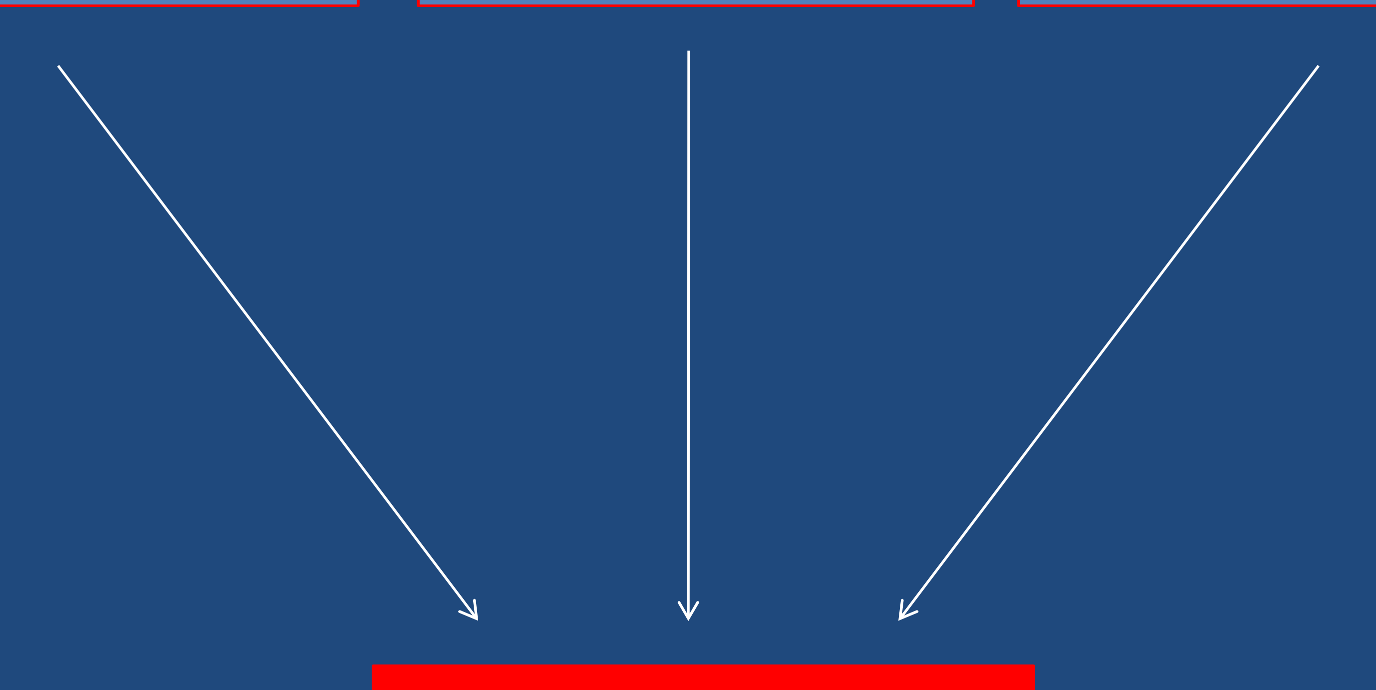
Amelioration du confort du jeune patient à tous les stades de la maladie :

  - Diagnostique
  - Thérapeutique
  - Séquéllaire
  - Stade palliatif

Trt antalgique
Général

Trt antalgique
local

Techniques
d'accompagnements



DOULEUR

TRT ANTALGIQUE GENERAL

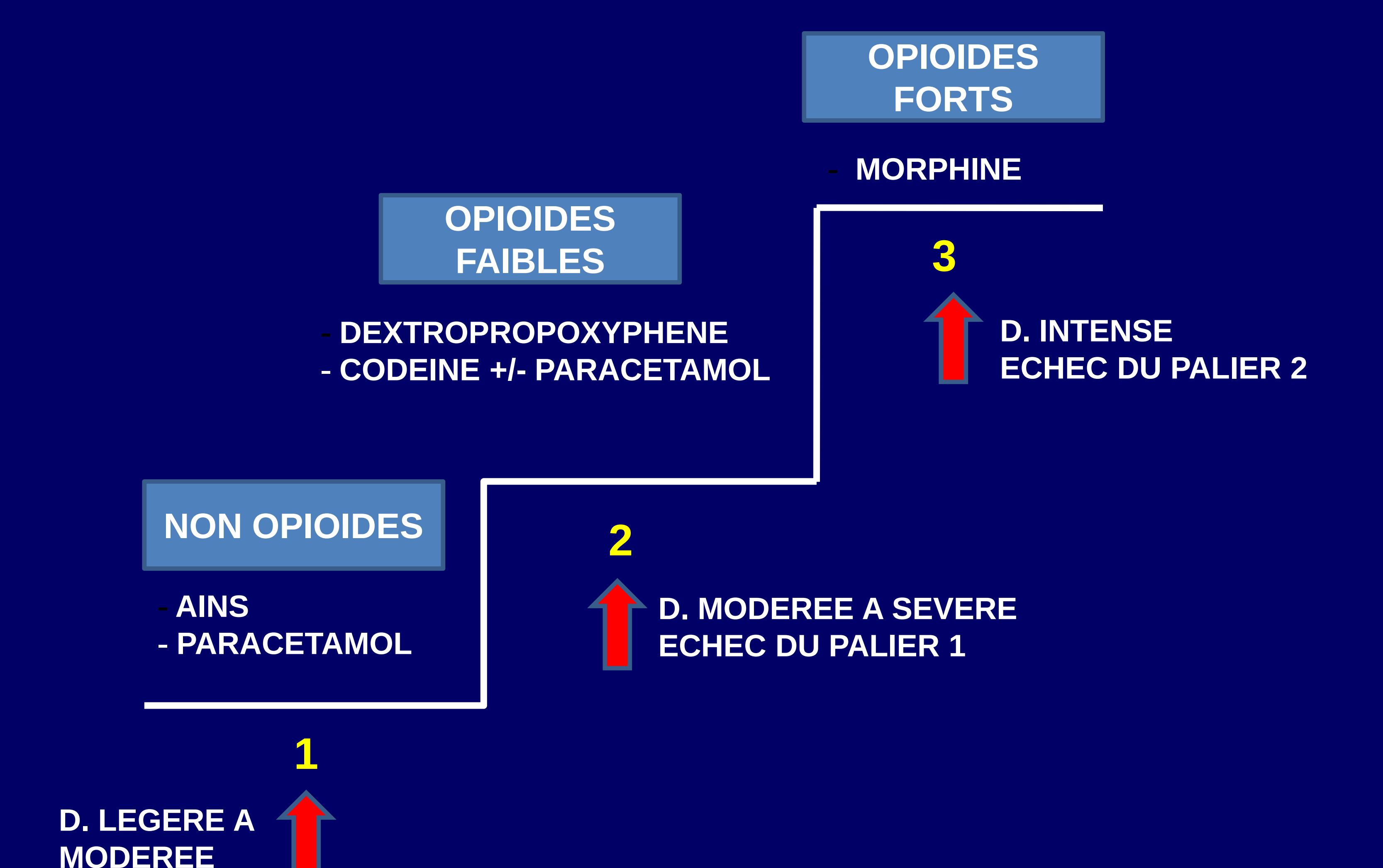
Principes (I)

- Connaître les médicaments :pour une prescription personnalisée, adaptée, et minutieuse
- Antalgique à horaires fixes (y compris la nuit)
- Prévention des gestes douloureux
- Voie d’administration initiale la moins invasive : Per os, IR, SL, transdermique

Principes (II)

- Débuter en même temps que le traitement étiologique
- But initial, obtenir une analgésie rapide:
  - EVA < 30/100 et/ou retour aux activités de base (bouger, jouer, dormir, manger)
  - prescription initiale fonction de l ’intensité de la douleur
- Contrôle de la douleur toute la journée

PALIERS OMS



OPIOIDES FORTS
- MORPHINE
OPIOIDES FAIBLES
- DEXTROPROPOXYPHENE
- CODEINE +/- PARACETAMOL
3
D. INTENSE
ECHEC DU PALIER 2
NON OPIOIDES
- AINS
- PARACETAMOL
2
D. MODEREE A SEVERE
ECHEC DU PALIER 1
1
D. LEGERE A
MODEREE

Utilisation de l'Échelle OMS

- Commencer au palier I en cas de douleur faible
- En cas d'échec après 24 h ou si traitement inefficace, palier supérieur.
- A chaque palier et pour chaque molécule, respecter les règles « d'utilisation des antalgiques » : doses correctes, horaires réguliers avec intervalles de prises adaptés.

- Si douleurs intenses, débuter d’emblée par opiacés (palier III) ou envisager évaluations dans un délai < à 24 h pour changer de paliers.

- A chaque palier, penser aux traitements adjuvants ou co-antalgiques

Molécules de palier I

- PARACETAMOL : Antalgique de choix
  Doliprane ® per os (cp, sirop),
  Voie intrarectale aléatoire

  Délai action : 30 min
  Durée action : 4 à 6 heures
  Dose par prise : 10 à 15 mg/kg x 4-6/j

  Dose max/jour : 60 mg/kg/j
  Hépatotoxicité

Molécules de palier I

- ASPIRINE : aspegic
  - ✓Action anti-inflammatoire, antalgique
  - ✓Posologie : 20 mg/kg puis 15-20 mg/kg x4/j
  - ✓Effets secondaires+++ (Sd Reye, Hgie)
  - ✓ Peu ou pas utilisée

Palier I : AINS

- Acide niflumique:

(suppositoire, gélule) : 40-80 mg/kg/j, dès 6 mois

- Ibuprofène (sirop, Cp) :

30-50 mg/kg/j en 3 x /j, dès 6 mois

Les morphiniques de paliers II et III

Classification des morphiniques
Récepteurs mu, kappa, delta

- Agoniste :
  - faibles:
    - codéine, dextropropoxyphène, tramadol
  - forts:
    - morphine, fentanyl, hydromorphone, oxycodone, methadone.
- Agonistes partiels: buprenorphine
- Agoniste antagoniste. nalbuphine.
- Antagoniste

Incompatibilités d 'association

- Agoniste + Agoniste-antagoniste
- Agoniste + Antagoniste



Inefficacité antalgique

Opioïdes faibles : niveau II

- Codeine :
  - Codoliprane (paracétamol 400 mg + codeine 20 mg) / comprimé, > 20 kg
  - Codenfan ® (1 mg/ml sirop) : > 1 an, 3-5 mg/kg/j
    - Antalgie à 20 minutes
    - 0.5-1 ml/kg/ prise
    - Constipation, nausées, vomissements, sédation

Opioïdes faibles : niveau II

- Dextropropoxyphène - Diantalvic ® (paracétamol 500 mg + DPX 30 mg) / gel
- Tramadol-Zamudol ® :
  - injectable 100 mg,
  - LP gélule 50/100/150/200 mg

Opioïdes forts : niveau III

- Morphine sulfate : Moscontin ® / Skenan ® (LP), Actiskenan ® (LI), Sévredol ® (LI)
- Morphine chlorhydrate : ampoules injectables sans conservateur ; sirop
- Fentanyl IV/transcutané/Transmuqueux : Durogésic ®
- Hydromorphone : Sophidone ® (LP)
- Oxycodone : Oxycontin ® (LP)
- Péthidine : Dolosal ® (IM/IV)
- Buprénorphine : Temgesic ®
- Nalbuphine :Nubain®

Effets secondaires des morphiniques

- Constipation
- Nausées, vomissements
- Somnolence
- Troubles neuropsychiques (confusion, hallucinations, cauchemars…)
- Prurit
- Troubles urinaires
- Dépression respiratoire

Règles d'emploi des morphiniques(I)

- Craintes injustifiées (toxicomanie,

Pas de risque d'addiction chez un enfant douloureux+++

- Voie d'administration : orale +++
- Titration par morphine LI
- Relais par formes LP
- Doses de secours

Règles d’emploi des morphiniques(II)

- Si échec, voie IV très utilisée en pédiatrie
  Voie SC possible (fin de vie, domicile)

- Échec (20%) : □ Vérification prescription

Morphine PCA (patient controlled analgesia)

- Analgésie Contrôlée par le Patient
- Mode bolus, ou bolus + IVC
- Dès 5 ans
- Expliquer la technique
- Préparer/montrer
- Adapter

Prescription au long cours des morphiniques

- Carnet sécurisé en Europe

- Algérie : Législation en retard
  - Prescription sur carnet à souche
  - Ordonnance non sécurisée
  - Règle des 7 jours (contrainte!!!!)

Antidépresseurs et anticonvulsivants (Douleurs neuropathiques)

- Se souvenir qu'elles sont méconnues
- Y penser devant des atteintes neurologiques, lésionnelles ou dégénératives
- Le choix du médicament dépend de la symptomatologie:
  - ✓ Antidepresseurs si dysesthésie, allodynie Amitriptyline Laroxyl®
  - ✓ Anticonvulsivants si fulgurance .Clonazepam (Rivotril®)

CO-ANALGESIQUE

- ✓ CORTICOIDES
- ✓ MYORELAXANTS
- ✓ ANTI-SPASMODIQUES (TIEMONIUM=VISCERALGINE®)
- ✓ ANTI-CONVULSIVANTS (CLONAZEPAM=RIVOTRIL®)
- ✓ MDC DE L'HUMEUR:
  - ANTI-DEPRESSEURS (AMITRIPTYLINE=LAROXYL®)
  - ANXIOLYTIQUES
  - REGULATEURS DU SOMMEIL
- ✓ RT A DOSES ANTALGIQUES

les gestes douleureux

- Craints des enfants.
- Mais aussi de leurs parents et du personnel soignant.
- Gestes diagnostiques et thérapeutiques .
- Explications +++

Le cathétérisme

- voie veineuse centrale quasi systématique.
- a amélioré le confort et la sécurité du jeune patient .
- Chambre implantable ou cathéters à manchon.
- utilisée pour :
  - les chimiothérapies
  - les prélèvements
  - l'alimentation parentérale
  - le traitement des douleurs etc...

L’anesthésie

- L’anesthésie doit être “facile” !
  - pour tous les actes diagnostiques

Traitement antalgique local

TECHNIQUES ANALGESIANTES

- EMLA®

- ANESTHESIE LOCO-REGIONALE

- MEOPA

EMLA®

- Lidocaïne/prilocaïne
- Dès la naissance, attention surdosage
- Couche épaisse, pansement occlusif, patch
- Temps de pose : 60 mn minimum, mieux 120 mn
- 5 mm d ’analgésie (60 mn 3 mm)
- Nombreuses indications +++ :
- En association avec MEOPA

Anesthésiques locaux

- Xylocaïne :
  - Visqueuse 2% : buccale

  - Gel urétral 2% :

  - Spray 5 % : sphère ORL

  - liquide à 1% : infiltration (0.5-1-2%) :

- Doses maximales :
    - 4 mg/kg en infiltration
    - 2 mg/kg en application muqueuse

MEOPA

- Gaz antalgique :
  - Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (MEOPA) = Entonox ®
- Faible puissance : Anxiolytique et euphorisant
- Sécurité d'action :

« Sédation consciente » : conservation des réflexes laryngés = Pas de jeûn nécessaire

- Effets indésirables mineurs

Moyens non pharmacologiques

- Distraction : lecture, histoire
- Relaxation
- Hypnose
- Toucher Massage
- Rôle et présence des parents
- Information de l’enfant / parents

Conclusion

- Obtention de nouveaux TRT antalgiques
- Obtention de nouvelles formes galéniques (enfants)
- Meilleure évaluation des antalgiques
- Meilleur usage des antalgiques (patients, médecins)



Effort pédagogique (formation du personnel)